REGIONE DEL VENETO ULSS8 BERICA	Al Sig. DIRETTORE del Servizio Igiene e Sanità Pubblica Via IV Novembre n. 46 36100 VICENZA

MODELLO 6

MODALITÀ DI TRASMISSIONE: ***PEC:*** ***protocollo.prevenzione.aulss8@pecveneto.it***
E-mail: ***dipartimento.prevenzione@aulss8.veneto.it***

Marca da bollo
da €. 16,00

Oggetto*: richiesta di capienza aule uso didattico*

La/Il sottoscritta/o _____ residente in _____

C.A.P. _____ Via _____, n. _____, tel. _____

Codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

in qualità di Titolare/Legale Rappresentante della Ditta _____

con sede legale in _____, C.A.P. _____ Via _____

n. _____, n. tel. _____

P.IVA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CHIEDE

il rilascio di un certificato che attesti la capienza delle aule ad uso didattico, site in

Comune di _____ , Via _____, n. _____,

per svolgere la seguente attività didattica/formativa: _____

_____

_____

Nomina quale incaricato/a a trattare la pratica e a ritirare il parere:

Il/La sig./sig.ra _____

Comune _____ Via _____ n. _____

Tel. _____ e-mail _____

Il parere reso è soggetto al pagamento di una tariffa prevista dal Tariffario Regionale e precisamente €. 142,00 più IVA (voci 1.1 + 1.3 + rimborso chilometrico).

Documentazione da allegare: duplice copia elaborati e relazione tecnico descrittiva degli interventi.

DATI PER LA FATTURAZIONE (COMPILAZIONE OBBLIGATORIA):

NOME – COGNOME / RAGIONE SOCIALE			
COD.FISCALE			
P. IVA		TEL.	
INDIRIZZO/SEDE LEGALE			
FATTURAZIONE ELETTRONICA	Cod. Destinatario		
CAP/COMUNE			

_____ (data)

_____ (firma)